COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64054055
RD621 L62 1887 Ueber einen Fall von
RECAP
L62

Lieber
Ueber einen fall von lumbelhernie

COLUMBIA UNIVERSITY
THE
LIBRARIES

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons

http://www.archive.org/details/uebereinenfallvo00lieb

HEALTH SCIENCES LIBRARY

Ueber einen Fall von Lumbalhernie.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 5. October 1887

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Bernhard Lieber

prakt Arzt aus Berlin.

OPPONENTEN:

Hr. Dd. med. Gebert.
- Dd. med. Gutzmann.
- Dd. med. Leichtentritt.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

~~Wolcott Library~~
RD621
L62

Dem

Andenken seines seligen Vaters

der Verfasser.

Wie jede Erscheinung, welche der Alltäglichkeit entbehrt, leicht das Interesse erregt und wegen ihrer dadurch erschwerten Deutung und Erklärung dazu auffordert, den einzelnen sich darbietenden Fall möglichst genau zu beobachten, so ist es gerade in der Medicin, als einer praktischen Wissenschaft, wo allein die Vermeidung eines diagnostischen Irrthums vor verhängnissvollem Handeln und Unterlassen schützen kann, nicht nur aus wissenschaftlichen, sondern auch aus praktischen Gründen geboten, sich darbietenden Seltenheiten mit aufmerksamem Auge nahe zu treten, um so mehr, wenn sie durch Sitz und Eigenschaften ein Leiden vortäuschen können, dessen irrthümliche Annahme die bedenklichsten Consequenzen nach sich ziehen müsste. Einen

solchen Fall glaube ich in einer mir zur Beobachtung gekommenen Lumbalhernie erblicken zu müssen, indem dieselbe einerseits nur Wenigen, selbst von solchen, welche auf ein grosses Krankenmaterial zurückblicken können, zu eigener Anschauung gekommen ist, andererseits durch Uebersehenwerden und Verwechselung zu Unglücksfällen führen kann und auch schon zu solchen, die litterarisch festgestellt sind, geführt hat.

Larrey hat zuerst die Litteratur auf das Vorkommen dieses Bruches aus Anlass einer eigenen Beobachtung gründlicher durchforscht und das Resultat seiner Bemühungen in einem später gedruckten Vortrage[1]) in der Sitzung der kaiserlichen Akademie der Medicin zu Paris vom 9. März 1869 veröffentlicht. Hiernach ist er zu dem Schluss gekommen, dass derselbe zwar immer noch zu den Ausnahmen

[1]) Larrey in Bull. de l'Acad. impériale de méd. Paris 1869. T. 34.

zu zählen, aber nicht in dem Maasse als solche zu betrachten sei, wie bis dahin allgemein und noch kurz vorher von Hardy, dem nur vier Fälle bekannt waren, angenommen wurde; auch erweist es sich danach als Irrthum, J. L. Petit, mit dessen Namen diese Hernie gewöhnlich in Verbindung gebracht wird, das Vorrecht der ersten Beschreibung einzuräumen. Im Grossen und Ganzen verhält sich Larrey nur berichtend, indem er bei Aufzählung der gesammelten Fälle lediglich den chronologischen Gesichtspunkt zur Geltung kommen lässt. Mit dem von ihm selbst beobachteten Falle führt er 26 auf, denen er einige kurze Bemerkungen und Nutzanwendungen anfügt. In Deutschland wenigstens scheint diese Schrift geraume Zeit ganz unbeachtet geblieben zu sein, da selbst Chirurgen, welche des Studiums der Hernien sich ganz besonders annahmen, die Lumbalhernie nur nebenbei erwähnten und noch in der Annahme eines ganz

ausnahmsweisen Vorkommens befangen blieben. So behauptet Linhart in der letzten durchaus umgearbeiteten und vermehrten Auflage seiner Operationslehre, dass dieselbe nur drei Mal beobachtet sein soll. Erst H. Braun[2]) geht durch einen ihm selbst vorgekommenen Fall angeregt des Näheren darauf ein und stellt in einer diesbezüglichen Abhandlung nach genauer Durchforschung der Litteratur 29 Fälle zusammen. Ein Jahr darauf konnte J. Wolff noch einen neuen hinzufügen, der dem 9. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin vorgestellt und in Langenbeck's Archiv[3]) specieller erörtert ist. Im vorigen Jahre kam demselben Beobachter wiederum ein solcher zu Gesicht, dessen Besprechung er mir überliess.

---

[2]) Archiv für klin. Chir. Bd. 24.

[3]) Ibid. Bd. 25.

Der Träger dieser Lumbalhernie ist der sechsjährige Sohn eines Schankwirths. Nachdem er im ersten Jahre laufen gelernt, bemerkte der Vater im zweiten eine Verkrümmung des Rückgrats und wandte sich desshalb mit dem Kinde an die Königliche Universitätspoliklinik, wo ihm ein Lagerungsapparat verordnet wurde. Mit den Erfolgen dieser Behandlung nicht zufrieden, suchte der Vater, da im Gegentheil der Allgemeinzustand des kleinen Patienten sich verschlechterte, Rath in der Henoch'schen Kinderklinik, und da auch dieser in seinen Resultaten des Vaters Wünschen nicht entsprach, consultirte derselbe den Ober-Stabsarzt Hahn. Ein von diesem verschriebener Rückenhalter mit Eisenstäben wurde nach Bildung einer röthlichen Geschwulst in der Gürtelgegend nicht mehr vertragen und musste abgelegt werden. Professor J. Wolff, dessen Hülfe hierauf in Anspruch genommen wurde, erkannte die fragliche Geschwulst als

Senkungsabscess und öffnete denselben im Juni 1884: nach Ablauf eines halben Jahres musste dem Eiter von Neuem Ausgang verschafft werden. Seit dieser Zeit soll sich allmählich medial von der Abscessöffnung eine schmerzlose, in ihrer Grösse wechselnde Geschwulst gebildet haben, die Juli 1885 von Wolff, den die Eltern dieserhalb wieder aufsuchten, als Lumbalhernie erkannt wurde. Eine an der Oeffnungsstelle des Abscesses mündende Fistel wurde damals stumpf erweitert und mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, wobei ein Fettläppchen zu Tage trat, welches mit dem Bruchsack in Verbindung stand. Mit theilweis per primam geheilter, im Uebrigen kräftig granulirender Wunde wurde Patient damals unter Verband entlassen.

Im Juni dieses Jahres machte ein Congestionsabscess unter dem rechtsseitigen Ligamentum Poupartii eine neue klinische Behandlung nöthig, wobei mir der Fall zu Gesicht kam.

Das Kind, welches einen sehr elenden Eindruck macht, zeigt in der Gegend des 2. bis 3. Lendenwirbels eine kyphotische Verkrümmung der Wirbelsäule von circa 150°, ohne dass eine bedeutendere Druckempfindlichkeit derselben vorhanden ist; nur klagt dasselbe schon nach kürzerem Gehen, wozu es sich nicht gern entschliesst, über unbestimmte Schmerzen an der betreffenden Stelle. Der Gang ist der für Spondylitis charakteristische: zurückgebeugter Kopf, leicht flectirte Hüft- und Kniegelenke, die Arme auf die Oberschenkel gestützt und selbst ziemlich unsicher.

Auf der linken Seite in einer senkrechten Linie vom unteren Scapularwinkel nahe über dem Darmbeinrand besteht eine Fistelöffnung, die nur spärlich Eiter entleert, und medial von dieser in unmittelbarem Anschluss liegt eine gewöhnlich taubeneigrosse Geschwulst, die auf Druck unter Gurren zum Verschwinden gebracht werden kann, worauf dem zufühlenden

Finger eine Bruchpforte zugänglich wird, die den Durchmesser eines gewöhnlichen Bleistifts hat und durch Aufsetzen eines solchen so verschlossen werden kann, dass die Hernie vollkommen zurückgehalten wird. Besonders in linker Seitenlage, auch wenn Patient eine aufrechtere als von ihm gewöhnlich beliebte Haltung annimmt, vergrössert sich die Geschwulst und erreicht durch Drängen oder Husten circa Hühnereigrösse. Bei Gelegenheit der Oeffnung des erwähnten Senkungsabscesses am Schenkel wurde auch die bestehende Fistel in der linken Lendengegend von Neuem ausgekratzt, wobei zur Schonung der Bruchgeschwulst dieselbe mit dem Stiel eines Instruments in der Bauchhöhle zurückgehalten wurde. Von der Anlegung einer dauernden Retentionsvorrichtung musste der daneben bestehenden Erkrankung wegen bis jetzt Abstand genommen werden.

Der vorliegende Fall würde also der 31. aller überhaupt beschriebenen und der 4. deutsche sein. Will man sich bei seiner Classificirung an die von H. Braun aufgestellte Eintheilung anlehnen, so müsste er unter die spontan entstandenen gerechnet werden.

Dieser Autor sichtet die von ihm durchgesehenen Fälle in zwei Hauptgruppen, in solche, welche ohne nachweisbaren Anlass sich gebildet haben, worunter er sowohl die angeborenen wie die in diesem Sinne später erworbenen reiht; hierbei würde dies der 22. sein. Ihnen sind 9 andere gegenübergestellt, denen ein directes Trauma an dieser Stelle vorangegangen ist. Des Specielleren würde er mit den Fällen aufzuführen sein, die sich beim Bestehen eines Congestionsabscesses an dem in Frage kommenden Orte entwickelten; und diesem Punkt möchte ich nach Feststellung der anatomischen Verhältnisse überhaupt noch eine besondere Besprechung widmen.

Gemeinhin wird die Lumbalhernie auf das Petit'sche Dreieck verwiesen und liegt sie auch in unserem Falle unzweifelhaft in diesem; sie ist genau im Bereiche des Raumes abzutasten, der nach unten von der Crista ossis ilei, nach hinten vom M. latissimus dorsi und nach vorn vom M. obliquus externus abdominis begrenzt wird. Von vier Fällen, welche an der Leiche hätten näher untersucht werden können, ist leider nur der Braun'sche von einem genauen Sectionsbericht begleitet, aber gerade in diesem Falle fehlt das fragliche Dreieck, und die Bruchpforte liegt im M. latissimus selbst. Braun nimmt nun an, dass mehr oder weniger grosse Lücken in dem sehnigen Ursprunge dieses Muskels, welche, nur durch Fett und Bindegewebe ausgefüllt, den Nervi cutanei clunium superiores posteriores Durchtritt gewähren, Ausgang für einen Bruch werden können. Nach Auffassung und Ansicht Waldeyer's sind dieselben aber so klein, dass sie kaum zu prä-

pariren sind, und hält er diese Möglichkeit, wie er sich mündlich äusserte, für vollständig ausgeschlossen.

Weiter hält Lesshaft[4]) eine Stelle im oberen Theile der Lumbalgegend, die gerade über dem Petit'schen Dreieck, für das er den Namen „unteres Lumbal-Dreieck" vorschlägt, gelegen sein soll, als geeignet für den Durchtritt von Hernien. Er beschreibt sie als einen dreieckigen oder unregelmässig viereckigen Raum, welcher begrenzt sein kann: „nach vorn — vom Rande des M. obliquus externus und der Spitze der 12. Rippe, nach hinten — vom unteren Rande des M. serratus posticus inferior, von unten — vom M. obliquus internus". Gewöhnlich aber soll nach Lesshaft's Beobachtungen der Raum die Gestalt eines unregelmässigen Vierecks haben, das „nach aussen — vom M. obliquus externus, nach oben —

[4]) P. Lesshaft, Die Lumbalgegend etc., in Reichert's und du Bois-Reymond's Archiv 1870. S. 270.

vom unteren Rande des M. serratus posticus inferior und der Spitze der 12. Rippe, oder vom ausgespannten Rande des Lig. lumbo-costale auct., nach innen — vom äusseren Rande der Scheide des M. extensor dorsi, und endlich nach unten — vom M. obliquus internus begrenzt wird". Es würde somit an dieser Stelle das Muskelstratum der Bauchwand nur von dem direct unter der Haut liegenden Latissimus gebildet werden. Lesshaft, welcher seinen über die Anatomie der Lumbalgegend aufgestellten Behauptungen die Zerlegung von 220 Cadavern zu Grunde gelegt hat. vindicirt diesem Raum sogar eine grössere Ausdehnung und ein beständigeres Vorkommen als dem Petit'schen Dreieck, das er an 9 Leichen Erwachsener 2 Mal vermisste (84 Cadaver wurden daraufhin untersucht). Verfasser hat nun allerdings nur an 8 Leichen die Lumbalgegend auf die Existenz des von Lesshaft so genannten Trigonum lumbale superius s. Rhombus lumbalis

hin beiderseitig präparirt. Unter den daraus resultirenden 16 Präparaten, die selbst an derselben Leiche so gut wie immer ein anderes Bild darboten, zeigte nur ein einziges die von Lesshaft beschriebene Stelle in der von ihm präcisirten Begrenzung; es war ein Rhombus vorhanden, dessen ziemlich gleich lange Seiten einen Centimeter nur wenig übertrafen. Es wurden zwar ausser dem Petit'schen Dreieck, welches bis auf einmaliges einseitiges Fehlen bald grösser bald kleiner jedesmal vorhanden war, noch öfter Stellen gefunden, die nach Zurückschlagen des Latissimus direct das Fascienblatt zum Boden hatten, aber alle mit anderer Umrandung. Einmal wurde dieselbe gebildet bei sehr stark entwickeltem Obliquus externus und nicht ganz gewöhnlichem Ursprung desselben: oben vom Serratus, innen und unten vom Obliquus externus, aussen vom Rand der 12. Rippe, zweimal war die untere Grenze direct der Darmbeinkamm, ein anderer Rhom-

bus wurde noch getheilt durch einen Ursprung des Obliquus externus. Viermal konnte ein Schlitz zwischen Serratus und Obliquus internus, wenn die leichten Verklebungen zwischen diesen beiden Muskeln gelöst wurden, constatirt werden, ohne dass noch eine andere Begrenzung dabei in Frage kam. Speciell die Spitze der 12. Rippe, die Lesshaft in Gemeinschaft mit dem Serratus posticus inferior als oberen Rand seines Rhombus anführt, lag bis auf den einen sich mit der Lesshaft'schen Aufstellung deckenden Fall stets relativ weit von dem Ort, welcher ein Bloslegen der Lumbodorsalfascie gestattete. Und seinerseits musste dieser wieder durch eine andere Lage zur 12. Rippe auch dem Petit'schen Dreieck gegenüber einen anderen Platz behaupten als den ihm von Lesshaft ausdrücklich gerade über demselben angewiesenen. In den beiden von mir präparirten Fällen, wo sich als untere Grenze der Darmbeinkamm erwies, lag er direct medial

vom Petit'schen Dreieck, und auch sonst, wo dies nicht der Fall war, lag er im Ganzen mehr medial, als dass von einem gerade Darüberliegen die Rede sein konnte. Sieben Mal ergab die Untersuchung in der angegebenen Richtung ein rein negatives Resultat. Professor Hartmann theilte mir mit, dass auch er schon einmal nach dem Lesshaft'schen Rhombus sich umgethan hätte, aber, wenn überhaupt etwas, nie mehr als einen Schlitz zwischen dem Serratus und Obliquus internus entdecken konnte. Nach meinen ja allerdings gegen das von Lesshaft aufgewendete Material nur sehr spärlichen Untersuchungen drängte sich mir, da er nach seiner Angabe hauptsächlich zur pathologisch-anatomischen Section bestimmte Cadaver der Kliniken des zweiten St. Petersburger Landmilitärhospitals dabei benutzte, die Vermuthung auf, ob nicht vielleicht locale Eigenthümlichkeiten die Verschiedenheit des Resultats bedingen könnten, eine Möglichkeit, die auch

nach Ansicht Waldeyer's und Hartmanns', die von mir darüber interpellirt wurden, nicht ganz von der Hand zu weisen wäre.

Die Bemerkung Lesshaft's, dass der Lumbalrhombus durch seine Grösse und Beständigkeit mehr in dieser Gegend zu Hernien disponire als das Petit'sche Dreieck, wäre wohl hiernach nur soweit zuzugeben, dass ausser dem letzteren noch schwache Stellen in der Lumbalgegend vorkommen, die gelegentlich Ausgangspunkt für einen Bruch daselbst werden könnten, dem Petit'schen Dreieck aber in diesem Punkte doch an Dignität nachstehen müssen.

Welche Momente dabei aber, wenn man von den rein traumatischen Hernien absieht, mitwirken müssen, darüber existiren bis jetzt nur noch Vermuthungen. Geht man von der Annahme aus, dass von den Weichtheilen der Bauchwandung nur die Muskeln dem elastischen

Druck der Eingeweide durch ihre wechselnde musculäre Contraction zu widerstehen vermögen, indem sie nachgeben, wenn der Druck sich steigert, und sich zusammenziehen, wenn er nachlässt, und auf diese Weise den gleichgewichtigen Stand von Druck und Gegendruck erhalten, so muss alles, was ihre normale Leistungsfähigkeit herabsetzt, einen Bruch begünstigen. Für mich hat es nun sehr viel Wahrscheinliches, dass Senkungsabscesse, welche an der fraglichen Stelle zu Tage treten, in dieser Weise verändernd auf das Muskelstratum wirken. J. Wolff meint, ihre Hauptvorarbeit bestehe darin, dass sie der Hernie gleichsam den Weg bahnen, also vorwiegend mechanisch wirken; ausserdem aber kann man wohl dem Eiter, wenn er lange an demselben Orte verweilt, auch eine direct destructive Rolle zutheilen; er wird sich nicht damit begnügen, die Interstitien und Faserbündel der Muskeln nur auseinander zu drängen, sondern

das Gewebe als solches angreifen. Es würden für diese Annahme auch die Fälle zu verwerthen sein, wo überhaupt an dem Ort der späteren Hernie eine längere Eiterung bestand, gleichgültig, woher dieselbe stammte.

Mit dem Wolff'schen Fall würden vier als sicher einem Congestionsabscess folgend feststehen, die von Campbell, Hardy, Braun und Wolff. Dieser selbst rechnet dann noch den Ravaton'schen als möglicherweise dahin gehörend hinzu. Ich würde einen von van Hengel[5]) beobachteten Fall in derselben Weise interpretiren. Es handelte sich um eine Frau, die in Folge eines Falls einen lebhaften Schmerz unterhalb der falschen Rippen verspürte. Die Diagnose wurde von mehreren Aerzten auf Pleuritis gestellt und die Behandlung demgemäss geleitet. Erst 36 Jahre später wurde van Hengel von ihr consultirt, der in der linken Seite einen Tumor constatirte, dessen

[5]) Gazette des hôpitaux 1848 und Larrey l. c.

Existenz die Kranke in ihrer Aussage bis in die Zeit ihrer angeblichen Brustfellentzündung zurückverlegte. Diese Geschwulst abscedirte, und im Grunde des spontan sich öffnenden Abscesses wurde eine Intestinalschlinge entdeckt. Darauf erfolgte Heilung. Wenn hier nicht ebenfalls ein Congestionsabscess vorlag, so hat jedenfalls an der Stelle eine längere Eiterverhaltung stattgefunden. In einem von Sistach[6]) veröffentlichten Fall bildete sich an dem Orte eines über zwei Monate zur Vernarbung brauchenden Eiterheerdes eine Lumbalhernie.

In welcher Weise nun aber wirklich ein solcher Schwund des Muskelstratums zu Stande kommt, dass die Crista des Darmbeins als untere Grenze der Bruchpforte fungiren kann, ist vor der Hand nicht aufgeklärt. In einem der von mir angefertigten Präparate der Lumbalgegend

---

[6]) Le Recueil des mémoires de méd. mil. t. XIX de la 3. série et Larrey l. c. S. 23.

entsprang der Obliquus internus so lateral, dass er innerhalb des Petit'schen Dreieckes den äusseren Rand des Latissimus nur ganz knapp berührte. Würde sein Ursprung nur um ein ganz geringes noch weiter nach aussen verlagert sein, so würde, da er allein im Petit'schen Dreieck die Muskeldecke der Bauchwand vertritt, eine Stelle in ihr bestehen, welche lediglich aus der Haut und dem Fascienblatt gebildet wird. Vor der rein theoretischen Annahme, dass bei dem einen oder anderen Fall von Lumbalhernie die anatomischen Verhältnisse wirklich so gelegen haben, müsste man ja allerdings stehen bleiben.

Liegt neben einem dort etablirten Senkungsabscess noch eine Verkrümmung der Wirbelsäule vor, so kann auch diese auf Bruchbildung begünstigend einwirken. Für Muskeln, welche dort entspringen oder inseriren, werden die Angriffspunkte verschoben, ebenso erfahren damit die Anheftungsstellen der Mesenterien an

den Lendenwirbeln eine andere Lage, und die Vertheilung des hydrostatischen intestinalen Druckes auf die Weichtheile der Bauchwand wird damit ein anderer. Ueberhaupt werden alle Momente, welche einer Bruchbildung im Allgemeinen günstig sind, auch für die Lumbalhernie herangezogen werden können. Dies zeigen die Fälle nach öfteren Schwangerschaften, nach schneller Abmagerung. Den Mechanismus aber im Einzelnen festzustellen, der eine Darmschlinge veranlasst, durch das Petit'sche Dreieck die Bauchhöhle zu verlassen, bleibt vorläufig unerklärt.

Selbst bei den traumatisch entstandenen Lumbalhernien wird die Verletzung, so weit sie nicht eine direct perforirende ist, nur als Gelegenheitsursache aufzufassen sein, welche an dem locus minoris resistentiae, als welche das Trigonum Petitii nun einmal aufgefasst werden muss, bei noch dazu speciell vorhandener Prädisposition, die Bauchwand gesprengt hat.

Was den Inhalt der Bruchgeschwulst anlangt, so lassen sich auch hier nicht mehr als Vermuthungen nach dem speciellen Ort aufstellen, wenigstens wird nur diagnosticirt werden können. ob Darm- oder ein anderes Bauchcontentum vorgefallen ist. Im ersteren Falle hat für eine rechtssitzende Lumbalhernie das Colon ascendens die grösste Wahrscheinlichkeit, links würde an die Flexura sigmoides sowohl wegen ihrer Lage wie auch wegen des ihr zukommenden Mesenteriums, das ihr eine grössere Excursionsfähigkeit erlaubt. am ehesten zu denken sein. Der Dünndarm ist aber für beide Seiten wegen seiner grossen Beweglichkeit nicht ganz auszuschliessen.

Gegen einen diagnostischen Irrthum müsste wohl der Gedanke, dass an der besprochenen Stelle eine Hernie etablirt sein kann, vollständig schützen: aber die Versehen, welche in Bezug hierauf schon gemacht worden sind, fordern

doch dazu auf, die grösste Präcision darin walten zu lassen. Abgesehen von Fällen, deren Verkennung die Patienten nicht in directe Gefahr brachte, fand Garengeot die Kranke, zu der er gerufen wurde, bereits unter den Händen des anwesenden Collegen an den Folgen der nicht erkannten Einklemmung verschieden und stellte an der Leiche die Diagnose. Ravaton musste, weil, wie er selbst behauptet, die vor ihm hinzugezogenen Aerzte die beste Zeit zur Reduction unbenutzt verstreichen liessen, sich zu der gewiss zweifelhaften Operation des eingeklemmten Bruches entschliessen. Selbst Dolbeau schuf in der Annahme, einen Abscess vor sich zu haben, einen Anus praeternaturalis, hatte allerdings das Glück, dass mit Vernarbung desselben eine Radicalheilung des Bruches erzielt wurde.

Zu dem umgekehrten Irrthum, dass ganz andere Zustände als Lumbalhernien angesprochen sind, hat Braun in seiner Arbeit die betreffen-

den Fälle in einer besonderen Kategorie zusammengestellt.

Die Behandlung der erkannten Hernie wird immer eine sehr einfache sein; eine für den speciellen Fall gewählte Bandage hat in den bekannt gewordenen die Hernie jedesmal vollkommen zurückgehalten. Ein von Larrey selbst gemachter Vorschlag, als Palliativmittel nach jeder Verwundung der betreffenden Region eine Bandage zu appliciren, ist zwar vorsichtig, wird aber praktisch kaum anwendbar sein. Die Operation, falls sie nothwendig werden sollte, würde nichts Besonderes bieten.

Stellen wir noch einmal kurz die durch litterarische Forschung, anatomische Untersuchung und Erklärung nachstrebende Ueberlegung gewonnenen Resultate zusammen, so gehört der abgehandelte Fall jedenfalls zu den grossen chirurgischen Seltenheiten. Anatomisch

würde sein Vorkommen nicht ausschliesslich auf das Petit'sche Dreieck, sondern noch auf andere schwache Stellen der Lumbalgegend von wechselnder Lage, Form und Begrenzung zu beziehen sein. Die Deutung seines Zustandekommens stützt sich vorläufig noch immer nur auf Vermuthungen, die allerdings Wahrscheinlichkeit darbieten, aber eine unangreifbare Präcision nicht gewähren, Grund genug für den wissenschaftlich denkenden und strebenden Arzt, jede in diesem Sinne sich darbietende Gelegenheit dahin zu verwerthen, dem Ziele unumstösslicher Sicherheit näher zu kommen und es schliesslich zu erreichen. Wenn die vorliegende Arbeit hierfür eine Anregung geschaffen hat, so ist ihr Zweck erfüllt.

Zum Schluss sage ich den Herren Professoren, Hrn. Geheimen Medicinalrath Dr. Waldeyer, Hrn. Dr. J. Wolff und Hrn. Dr. Hartmann für die freundliche Anregung und Unterstützung meinen besten Dank.

THESEN.

I.

Bei jeder allgemeinen Infectionskrankheit sind die Localerscheinungen erst in zweiter Linie zu berücksichtigen.

II.

Bei Behandlung des Abort ist entweder jede manuelle Hülfe zu vermeiden oder der Uterus muss vollständig entleert werden.

III.

Bei jeder Krankheit verdient die dem speciellen Fall anzupassende Diätverordnung (im weitesten Sinne) dieselbe Würdigung wie die Medication.

Lebenslauf.

Verfasser, Julius Wilhelm Bernhard Lieber, evangelischer Confession, Sohn des verstorbenen Rentiers Julius Karl Ferdinand Lieber und dessen Ehefrau Ottilie Clara Friederike geb. Büchtemann, wurde am 1. September 1853 zu Berlin geboren. Seine Schulbildung genoss derselbe auf dem hiesigen Friedrichs-Gymnasium, das er im Herbst 1884 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Auf den Universitäten Berlin und Würzburg widmete er sich dem Studium der Medicin und Jurisprudenz, bestand im Sommer 1886 das Tentamen physicum, erlangte am 31. Januar d. J. die Approbation und erledigte das Examen rigorosum Ostern d. J.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren: Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Braun (†), Dernburg, Fick, B. Fränkel, v. Frerichs (†), Gerhardt, Hartmann, Henoch, Hirsch, Hofmann, Horstmann, Köllicker, Kristeller, v. Langenbeck (†), Lewin, Leyden, Liebreich, Linhart (†), Martin, Regelsberger, Reichert (†), v. Rinecker (†), Rossbach, Schiffer, Schöler, Schröder (†), Schweigger, Steinauer, Wirsing, Zülzer.

Ausserdem war er ein halbes Jahr an der Anstalt des Herrn Dr. Kahlbaum zu Görlitz angestellt, wohnte gelegentlich den Operationen des verstorbenen Herrn Geheimrath Wilms bei und vertrat auf kurze Zeit die praktischen Aerzte Herrn Dr. Eucker zu Brinkum bei Bremen und Herrn Dr. Rohde zu Berlin.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern, Leitern und Vorbildern sagt Verfasser seinen aufrichtigen Dank.

COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARIES (hsl.stx)
RD 621 L62 1887 C.1
Ueber einen Fall von Lumbalhernie.
2002105381

BOUND
MAY 15 1959